

Entre bienfaisance, contrôle des populations et agenda international : la politique sanitaire du mandat français en Syrie et au Liban

Sylvia Chiffolleau
Institut français du Proche-Orient, Beyrouth

Le développement sanitaire, qui constitue en principe l'un des objectifs prioritaires confiés aux puissances mandataires, se laisse peu aisément appréhender sur le terrain de la Syrie et du Liban. Les archives des différents services administratifs du mandat, dont celui de l'hygiène et de l'assistance publique, n'ont pas été rapatriées et se trouvent pour l'heure disparues. La documentation qui subsiste est dispersée et très lacunaire. C'est sur cette base fragile, et qui renvoie l'écho des seules institutions, que s'appuie cette première esquisse de la politique sanitaire française au Levant. Il conviendrait de mener l'investigation plus avant afin de faire entendre également la voix des agents et des usagers de cette médecine mandataire.

Si le mandat apparaît bien comme une innovation juridique, la forme de colonisation qu'il implique vient se greffer, au Levant, sur un contexte, notamment sanitaire, déjà façonné de longue date par la modernité. Le Proche-Orient a bénéficié en effet, notamment à la fin du XIX^e siècle, d'une politique sanitaire volontariste, bien qu'inégale selon les régions, de la part de l'Empire ottoman, ainsi que d'un investissement ancien des missionnaires dans ce domaine. Le mandat doit donc poursuivre et développer cet investissement dans le champ sanitaire, tout en cherchant à affirmer une spécificité qui puisse justifier sa présence sur place. Par ailleurs, le système des mandats doit désormais s'articuler à une configuration sanitaire internationale qui, après des décennies de formation, est arrivée à maturité après la Première Guerre mondiale. Or le partage territorial des mandats vient remettre en question le travail d'unification réalisé antérieurement et l'une des tâches des responsables sanitaires dans la région, ainsi qu'au niveau des instances internationales, va consister précisément à

reconstruire une nouvelle forme de coopération sanitaire. Le mandat français en Syrie et au Liban se voit donc pris dans un faisceau de demandes, à vocation locale et internationale, parfois contradictoires et en tout cas trop lourdes pour un budget limité. Ce sont ses attermoissements et ses choix entre les différentes formes d'offre sanitaire qui seront évoqués ici.

I- Le contexte spécifique de l'action sanitaire française en Syrie et au Liban

Les mandats sont le dernier avatar du colonialisme officiel. Celui-ci s'est affermi, tout au long du XIX^e siècle, dans le cadre de nations européennes dominantes qui ont puisé dans l'aventure coloniale un moyen d'exacerber leur souveraineté, provoquant entre elles une concurrence féroce. Mais le XIX^e siècle est aussi celui de la naissance de l'internationalisme. Une nouvelle configuration politique et diplomatique s'est en effet mise en place depuis 1815, misant sur la table des négociations plutôt que sur le champ de bataille, laquelle parvient à maturité au tournant des années 1850. Expositions universelles, congrès scientifiques internationaux et adoption de normes techniques partagées (télégraphie, Union postale universelle...) se succèdent tout au long de la seconde moitié du siècle. Les deux logiques, coloniale et internationale, se développent donc de façon concomitante, et se sont maintes fois posées en concurrentes tout au long du XIX^e siècle. Après la Première Guerre mondiale, elles sont en revanche explicitement articulées dans le cadre des mandats, ce qui fonde d'ailleurs la spécificité de ce modèle colonial. Or l'internationalisme a trouvé l'une de ses expressions les plus précoces dans le champ de la santé, ou plus précisément de la sécurité sanitaire.

1- L'héritage de l'internationalisme sanitaire

En ce qui concerne le domaine de la santé, les mandats créés au terme de la Première Guerre mondiale ne relèvent pas du seul contrôle de la puissance mandataire et de la

commission des mandats de la SDN. Ils s'inscrivent aussi dans une histoire déjà longue de la santé publique internationale¹, désormais institutionnalisée, dont les principaux épisodes se sont joués précisément sur le terrain du bassin oriental de la Méditerranée, dans un dialogue difficile mais fécond entre les puissances européennes et l'Empire ottoman, pays suzerain des futurs états mandataires.

Avant même que naisse une volonté délibérée de lutter collectivement contre un fléau commun, celui des épidémies, l'Empire ottoman et l'Égypte quasi indépendante de Muhammad Ali avaient créé les conditions matérielles et intellectuelles d'une telle rencontre avec l'Europe. Dans le cadre d'un processus de réformes engagées pour rattraper le retard pris sur les performances scientifiques et techniques de l'Europe, le sultan d'Istanbul et le vice-roi d'Égypte ont entrepris de transférer, sur leurs territoires, les sciences modernes empruntées à cette Europe triomphante. En 1827, sont fondées au Caire et à Istanbul deux Écoles de médecine, inspirées du modèle et de l'enseignement français. Plus tard sont fondées à Beyrouth, respectivement en 1867 et 1883, le département de médecine du Syrian Protestant College et la faculté de médecine de l'Université Saint-Joseph qui viennent couronner la dynamique missionnaire en œuvre au Levant depuis les années 1830². Dès les années 1860, au moment où la question sanitaire subit un mouvement d'internationalisation décisif, et plus encore à la fin du siècle, les Écoles de médecine orientales³, malgré les aléas que connaissent les systèmes sanitaires locaux, sont en mesure de former des médecins au fait des dernières avancées scientifiques, et qui, pour nombre d'entre eux, sont ouverts à la maîtrise des langues étrangères et souvent à une double culture, acquise en partie lors de séjours de formation en Europe, notamment en France. Au moment de l'instauration des mandats, ce personnel médical a déjà traversé près d'un siècle de construction professionnelle et sociale. En ce sens, la situation du Moyen-Orient est très différente de celle qui prévaut au Maghreb, et plus

encore en Afrique, qui se trouvent alors largement dépourvus de professionnels et d'experts autochtones.

Les autorités ottomane et égyptienne, au-delà de la fondation d'un système de formation, s'attachent également à protéger leurs territoires de l'invasion des épidémies. Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, la peste, qui a disparu d'Europe depuis sa dernière incursion à Marseille en 1720, demeure obstinément présente et meurtrière en Orient⁴, et le choléra, nouveau venu depuis 1831, rajoute ses ravages à ceux du fléau séculaire. L'Égypte et l'Empire ottoman optent pour un système de défense quarantenaire, tel qu'il est en usage en Europe depuis le XIV^e siècle, basé sur le principe de l'isolement des voyageurs et des marchandises, pour une période donnée, dans des lazarets et des stations sanitaires, situés notamment sur les littoraux. Or c'est précisément l'existence de ce nouveau système, emprunté à l'Europe et désormais reproduit sur la rive sud de la Méditerranée, qui rend possible l'entente diplomatique avec l'Europe sur le dossier de la lutte commune contre les épidémies. Si l'Europe redoute toujours les épidémies, elle s'irrite désormais de la présence sur son sol des quarantaines qui entravent le développement du commerce. À travers une série de conférences sanitaires internationales, la plupart initiées par la France, dont la première se tient à Paris en 1851 et la dernière, dans cette même ville, en 1938, l'Europe entreprend d'intégrer l'Empire ottoman dans l'internationalisme naissant, en procédant à ce que l'on appellerait aujourd'hui une externalisation du contrôle sanitaire. La responsabilité du contrôle sanitaire des épidémies, visant avant tout à protéger l'Europe, est de plus en plus explicitement confiée, au cours de ce cycle de conférences, à l'Empire ottoman et à L'Égypte, sous surveillance internationale.

En outre, à partir de 1865, date à laquelle le choléra se répand partout dans le monde à partir du pèlerinage de La Mecque, ce contrôle se resserre sur les pèlerins, considérés comme le groupe le plus dangereux pour la transmission des épidémies. Les pèlerins de La Mecque

sont dès lors obligés de sacrifier aux contraintes d'un formidable dispositif de contrôle sanitaire qui enserme la mer Rouge. À son entrée sud, dans le détroit de Bab al-Mandeb, est fondé un lazaret destiné à accueillir à l'aller les pèlerins venant d'Asie. À la sortie, les pèlerins originaires des régions septentrionales du monde musulman, de retour chez eux, sont interceptés dans un second lazaret situé au sud de la péninsule du Sinaï. Lors de l'ouverture de la voie ferrée du Hedjaz, en 1908, qui relie Damas à Médine, un troisième lazaret est établi dans la localité de Tébouk afin de filtrer les pèlerins voyageant par le train. Dans tous les cas, les pèlerins sont immobilisés pour un temps plus ou moins long, en fonction de l'état sanitaire du Hedjaz, et leurs effets et eux-mêmes sont dûment désinfectés. Chacun de ces lazarets est géré par un Conseil de santé internationalisé, l'un basé à Istanbul et le second à Alexandrie. Le système atteint son plein développement au début du XX^e siècle, à l'heure où les quarantaines disparaissent partout ailleurs. En contrepartie de cet investissement massif à l'égard du contrôle des pèlerins, la législation internationale s'attache à libérer toujours plus des entraves sanitaires la navigation ordinaire et les flux commerciaux.

Ce dispositif se met peu à peu en place, au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle, avec l'accord et la pleine participation de l'Empire ottoman. Les conférences sanitaires constituent d'ailleurs le cadre où se fait conjointement, par l'Europe et l'Empire ottoman, l'apprentissage de mécanismes de négociations internationales qui visent pour la première fois, non à apaiser des tensions, mais à dessiner, sur une base volontariste et entre partenaires en principe sur un pied d'égalité, un avenir commun. Le processus international n'est d'ailleurs pas entravé, au départ, par la relation, qui demeure certes inégale, entre l'Europe et l'Empire ottoman, mais par la concurrence coloniale entre la France et l'Angleterre. Outre les incertitudes scientifiques, qui pèsent jusqu'à la mise en évidence du rôle des germes infectieux dans les années 1880, c'est la mésentente entre les deux puissances qui retarde l'adoption d'une législation internationale. La première convention sanitaire internationale

n'est adoptée qu'en 1892, quelque quarante ans après le début du processus, dans un contexte d'apaisement relatif des relations entre la France et la Grande-Bretagne. Les lazarets de la mer Rouge ont d'ailleurs été établis antérieurement, sur la base de compromis négociés et en l'absence d'une législation contraignante. Pour sa part, l'Empire ottoman a longtemps collaboré avec bonne volonté à l'établissement de ce système. Ce n'est qu'à l'extrême fin du XIX^e siècle, lorsque l'Europe s'installe dans un impérialisme exacerbé et glisse d'une volonté de collaboration à une ingérence de plus en plus effrontée que l'Empire ottoman manifeste sa résistance. Il juge notamment sa souveraineté menacée par la présence sur son sol d'une institution internationale, de fait et non de droit, le Conseil de santé dit de Constantinople, qui gère le dispositif de contrôle des épidémies sur la rive orientale de la mer Rouge et au Levant. Mais l'Empire ottoman a beau refuser de ratifier les conventions sanitaires internationales à partir de 1894, puis supprimer d'un trait de plume le Conseil de santé en 1914, lors de son entrée en guerre, la machine institutionnelle de la santé publique internationale est en place. Les mandats établis au Proche-Orient devront en tenir compte, notamment en ce qui concerne la gestion d'un dispositif matériel et législatif de contrôle sanitaire des pèlerins de La Mecque, en place et en usage dans la région depuis plusieurs décennies.

2- L'héritage de la guerre : une configuration sanitaire internationale renouvelée

Le moment de la Première Guerre mondiale va cependant sensiblement transformer ce schéma. La filiation avec la fin du XIX^e siècle se maintient certes dans le registre législatif. En 1903, les différentes conventions sanitaires adoptées au cours des années 1890 sont unifiées dans le cadre d'une convention unique. Celle-ci est révisée et simplifiée en 1912, mais la nouvelle convention n'a pas le temps de devenir opérationnelle ; elle ne sera ratifiée qu'en 1920. En revanche, on assiste alors à un renouvellement des institutions ainsi qu'à une évolution des principes scientifiques et intellectuels sur lesquels reposait la santé publique

internationale, orientée quasi exclusivement jusqu'alors vers la lutte contre les épidémies et la promotion du Levant et de la mer Rouge comme ultimes barrières de protection avant l'Europe.

Tout d'abord, avec les déplacements massifs de populations liés à la guerre, le danger épidémique est désormais partout, y compris et même surtout en Europe, notamment en Pologne et en Russie. Le regard du mouvement sanitaire international avait convergé toujours plus étroitement en direction du pèlerinage à La Mecque, accusé de tous les maux ; avec la guerre, il s'ouvre à une échelle réellement internationale. L'obsession du danger associé à l'Orient s'estompe, et la région est perçue désormais comme relativement saine, contrairement à la ténébreuse Afrique, par exemple.

Par ailleurs, la conférence sanitaire internationale de 1903 avait abouti à la création d'une instance nouvelle, dont l'établissement avait été envisagé mais sans cesse remis depuis trente ans : une institution sanitaire internationale pérenne. L'Office international d'Hygiène publique (OIHP)⁵, héritier du cycle des conférences, créé en 1907 et dont le siège est à Paris, décide de se doter d'une vocation plus large que la seule défense contre les maladies épidémiques traditionnelles et d'étendre ses prérogatives à d'autres maladies infectieuses. Or l'ouverture du champ de l'investigation scientifique au sein d'une institution unifiée, rassemblant des représentants de pays s'étendant de l'Extrême-Orient jusqu'à l'Amérique latine, contribue également à casser l'obsession européenne à l'égard de l'Orient méditerranéen. Certes la peste et le choléra demeurent deux visées prioritaires des études entreprises au sein de l'OIHP. Mais celui-ci s'occupe désormais aussi de la fièvre jaune, que les Américains avaient vainement tenté depuis plusieurs décennies d'inscrire dans les préoccupations des rencontres internationales, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, et plus encore de la malaria. Il se penche également sur des problèmes qui dépassent largement le champ des maladies transmissibles, notamment ceux de la salubrité des denrées alimentaires,

de la construction et de l'administration des hôpitaux, de l'hygiène scolaire et industrielle. C'est le modèle d'une médecine sociale qui s'esquisse dès lors.

Ce modèle de médecine sociale, et non plus exclusivement sécuritaire, est également promu par une autre institution sanitaire internationale, l'Organisation d'Hygiène de la SDN (OHSDN)⁶, structure issue de la commission temporaire des épidémies créée en 1920 pour faire face aux épidémies qui déciment l'Europe de la sortie de guerre. Il y aura désormais, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, deux institutions ayant vocation à s'occuper de santé publique internationale. Souvent en situation de concurrence, les deux organismes entretiennent néanmoins des rapports étroits, juridiquement inscrits dans leurs constitutions. Le Comité permanent de l'OIHP, tout en demeurant indépendant, joue notamment le rôle d'organe consultatif auprès de l'Organisation d'Hygiène de la SDN et nombreux sont les hommes qui circulent de l'un à l'autre. Dans le cadre de ces institutions sanitaires internationales nouvelles, la promotion de ceux qu'on appelle désormais les experts donne un privilège certain aux pays du Sud déjà dotés de systèmes de santé et d'une profession médicale ancienne et établie.

3- Le paradoxe des mandats

Les pays du Proche-Orient où s'établit le mandat français font partie de cet ensemble anciennement engagé dans un processus de couverture médicale, certes limitée souvent aux zones urbaines, mais qui a déjà produit une socialisation à l'action des médecins et aux principes de l'hygiène. C'est d'ailleurs au titre d'une « évolution » déjà entamée qu'ils bénéficient d'un classement A. Les différents pays de la région, qu'ils aient été confiés à la France ou à l'Angleterre, sont par ailleurs relativement unifiés dans le domaine de la santé. Ils ont connu l'action commune de l'Empire ottoman d'une part, qui s'est accélérée à la fin du XIX^e, et ils ont d'autre part été engagés collectivement et précocement dans la mise en place

et la gestion du dispositif international de défense contre les épidémies, qui vise en premier lieu les pèlerins de La Mecque et qui prend place sur leur sol. Mais le partage de la région en mandats a pour conséquence de faire éclater cette unité acquise au fil des décennies précédentes. La logique coloniale, qui perdure derrière la formule euphémisée des mandats, est dotée d'une force centrifuge dans la mesure où les puissances diffusent sur les secteurs conquis leurs propres culture et normes, y compris sanitaires. Cette logique s'oppose à la force centripète du système international qui tend à rassembler au centre les problèmes communs et à les traiter grâce à des normes unifiées. Comme au temps de la rivalité ouverte entre la France et la Grande-Bretagne, la logique coloniale des mandats a pour conséquence d'entraver le développement de l'internationalisme dans le domaine sanitaire, alors même que les mandats lui sont étroitement liés dans les registres politique et institutionnel. L'action du mandat français en Syrie et au Liban va donc chercher à réduire ce paradoxe tout en ayant à gérer une double dépendance : celle à l'égard de la puissance mandataire d'une part, qui l'invite à renforcer le dispositif sanitaire local, et celle qui relève du contrôle international de la SDN, d'autre part, qui l'entraîne à gérer également les dossiers à vocation internationale.

II- La mise en place du dispositif sanitaire mandataire en Syrie et au Liban

1- Les choix sanitaires de la France

Au Levant, les effets de la guerre sont dévastateurs. Outre les conséquences directes des combats, la région est traversée par de multiples flux de réfugiés et leur cortège de maladies, peste, choléra et typhus, et la famine sévit en certains endroits. Aussi la France peut-elle porter d'emblée l'accusation sur un Empire ottoman jugé négligent, voire démissionnaire, et affirmer son propre volontarisme sanitaire afin d'établir l'autorité du nouvel occupant⁷.

L'organisation sanitaire mise en place au terme du conflit s'organise dans le cadre d'un système centralisé fort éloigné de celui qui prévaut en France, où ce sont les municipalités qui sont pour l'essentiel en charge de la santé publique⁸. Au cœur du dispositif se trouve une très polyvalente Inspection générale des Services de Santé, Hygiène, Quarantaines, Assistance publique et Œuvres sociales, rattachée au Haut-Commissariat dont elle constitue l'un des services. L'Inspection exerce son contrôle, d'une part sur les œuvres d'assistance privées, subventionnées par le Haut-Commissariat, d'autre part sur les Services d'Hygiène et d'Assistance publique des États autonomes.

L'Inspection générale ne dispose que de peu de structures publiques propres, héritées du dispositif ottoman. Les quelques hôpitaux et dispensaires qui lui sont rattachés sont localisés presque exclusivement en milieu urbain, dans les villes principales, et ce type de structures publiques ne connaît guère de développement durant le mandat. En revanche, la politique sanitaire mandataire peut s'appuyer sur un réseau de structures de soins existant antérieurement, constitué d'une multitude d'institutions sanitaires privées, souvent à caractère confessionnel et missionnaire. La présence ancienne des missionnaires chrétiens dans la région, notamment au Liban, tend à produire une meilleure couverture sanitaire pour les chrétiens, au détriment de la masse des musulmans. Les Œuvres missionnaires françaises sont particulièrement nombreuses dans la région. Aussi le mandat s'empresse-t-il de mobiliser ce « patrimoine », dans un mouvement bien éloigné des principes de la laïcité à la française, et se contente-t-il de « compléter cette organisation sur les points où elle se révélait insuffisante »⁹.

Au niveau des États autonomes, l'Inspection générale pilote des directions sanitaires, fondées sur un modèle commun, en charge de la gestion de l'hygiène publique et de la prophylaxie des maladies contagieuses (vaccinations, surveillance de la prostitution, inspection des écoles, déclaration des décès...). Le rédacteur d'un rapport de 1921 reconnaît que les services sanitaires des États ne disposent pas alors de « moyens considérables », ni

d'un grand nombre de structures de soins¹⁰. L'investissement sanitaire français sur le terrain demeure relativement léger, comme en témoignent par exemple les œuvres d'assistance aux Bédouins de la steppe syrienne, confiées à des médecins militaires, lesquels ne parviennent pas à dépasser leur fonction de propagande destinée à séduire une population turbulente, et ne jouent guère qu'un rôle de « théâtralisation médicale »¹¹.

Enfin, dans la continuité des dispositifs adoptés pendant la guerre, au cours de laquelle la gestion des questions quaranténaires et la défense des territoires contre les épidémies avaient été confiées à des commissions sanitaires interalliées, la France rattache directement les services quaranténaires à l'Inspection générale, c'est-à-dire au Haut-Commissariat, et non aux directions sanitaires des différents États, considérant qu'il s'agit là d'une des prérogatives « que la SDN entend voir assurer à la puissance mandataire »¹². La gestion du pèlerinage à La Mecque entre dans ce cadre centralisé. Le lazaret de Beyrouth, pièce maîtresse du dispositif quarantenaire, qui avait subi de graves dommages durant le conflit, est dûment reconstruit et doté de grandes étuves ainsi que d'un appareil de dératisation perfectionné « qui permet de pratiquer avec un maximum de rapidité la désinfection des navires en provenance suspecte de peste »¹³.

Le schéma qui s'impose dès le début du mandat est celui d'une médecine qualifiée de « bienfaisance », qui repose essentiellement sur l'initiative privée et missionnaire. Il s'agit d'une médecine à visée curative, sans réel projet social. S'y associe par ailleurs une visée défensive, celle qui relève du système quarantenaire, lequel s'inscrit dans la continuité de l'histoire de la santé publique internationale dans la région. Si au départ le mandat revendique sa volonté de s'investir symboliquement et matériellement dans les services de santé, l'objectif se révèle vite un vœu pieux. Le développement du système est en effet sans cesse entravé par le manque d'argent ; les priorités, dans un contexte tendu, vont toujours vers d'autres dossiers jugés plus cruciaux pour assurer la paix sociale. Les archives renvoient ainsi

l'écho d'une perpétuelle recherche de financements, hors des fonds publics, pour faire vivre et perpétuer le dispositif en place. La diaspora libanaise est tout particulièrement sollicitée ainsi, par exemple, que la commission des jeux, à laquelle il est fait appel en 1929 pour fournir des subventions pour la création d'un dispensaire antituberculeux et d'une école d'infirmière en Syrie¹⁴.

Si les structures de soin ne connaissent qu'un maigre développement, il n'y a en revanche aucune difficulté à trouver des médecins. La commission permanente des mandats, qui ne se préoccupe guère habituellement des questions de santé, laissant pour l'essentiel la gestion de celles-ci à l'Organisation d'Hygiène de la SDN, prépare lors de sa quinzième réunion, en 1930, un questionnaire visant à connaître « les difficultés auxquelles se heurte le recrutement des officiers de santé dans les territoires sous mandat », et si les autorités mandataires sont amenées à employer, pour pallier le manque de praticiens nationaux, des médecins de nationalité étrangère¹⁵. La pénurie de médecins semble être un problème récurrent dans la plupart des territoires gérés par les mandats. Mais, en raison de la présence de deux facultés de médecine à Beyrouth et une à Damas, qui produisent chaque année plusieurs dizaines de diplômés, le Haut-Commissariat français peut répondre, quant à lui, que « le nombre des médecins libanais et syriens est très élevé par rapport au chiffre de la population et qu'il y a peu de place, de ce fait, pour les étrangers, dans le corps des médecins sanitaires des États sous mandat »¹⁶. D'ailleurs, lorsqu'un poste est ouvert, les candidatures françaises, plus coûteuses, sont souvent rejetées au profit de médecins nationaux. Seul le haut de la hiérarchie sanitaire est composé de fonctionnaires de nationalité française. Le Dr Brun occupe pendant de nombreuses années la direction de la faculté de médecine de l'Université Saint-Joseph et le Dr Duguet, remplacé en 1928 par le Dr Jude, cumule les postes de Directeur du service de santé de l'armée, d'Inspecteur général des services d'hygiène et d'assistance publique du HC et de Directeur des services quaranténaires. Un cumul qui

témoigne d'une réelle volonté d'économie. En outre, ces responsables sont avant tout des gestionnaires, non des savants en quête d'aventure médicale dans des régions quasi inexplorées et victimes de situation pathologique dramatiques, comme ce fut parfois le cas en Afrique¹⁷. Loin de travailler à faire de son action sanitaire une vitrine de l'État mandataire, sinon au niveau du discours, la France se contente d'une gestion *a minima* du secteur de la santé qui repose surtout sur des forces locales (œuvres missionnaires, profession médicale autochtone...), essentiellement pour des raisons budgétaires¹⁸. En revanche, sa politique sanitaire ne peut se soustraire aux exigences de la communauté internationale.

2- La mission du Comité provisoire d'Hygiène de la SDN au Proche-Orient

Contrairement à ce qui se passe dans le cadre colonial classique, les enjeux sanitaires de la région ne relèvent pas exclusivement de la gestion du pays mandataire. On l'a vu, ils sont aussi étroitement dépendants d'un dispositif de santé publique internationale, désormais institutionnalisé. La région occupe notamment une place importante dans le champ de la jeune législation sanitaire internationale, dans la mesure où le contrôle sanitaire du transit maritime dans le canal de Suez, et plus encore celui qui pèse sur les pèlerins de La Mecque, obéissent à des modalités particulières, plus contraignantes que celles qui régissent la navigation ordinaire. La description et les modalités de ce régime aggravé sont minutieusement détaillées dans la réglementation sanitaire internationale, synthétisée en 1903 et encore en vigueur au sortir de la guerre. La révision adoptée lors de la conférence sanitaire internationale de 1912 n'est ratifiée qu'en 1920 mais elle se révèle d'emblée inadaptée, en raison notamment de la disparition de l'Empire ottoman à qui était confiée, par l'intermédiaire du Conseil de santé internationalisé de Constantinople, la gestion du système de protection en Méditerranée orientale¹⁹. La coordination du système, si laborieusement construite au cours des décennies précédentes, menacée par l'éclatement des mandats, doit être repensée.

Dès sa session d'automne 1919, à la reprise de ses travaux, le Comité permanent de l'OIHP avait résolu de procéder à une révision de la convention sanitaire internationale de 1912. Afin d'étudier la situation au Moyen-Orient, d'évaluer les mesures à prendre pour prévenir l'apparition des maladies épidémiques dans la région, tout en comblant l'absence d'autorité de régulation, et de déterminer les axes de modification à apporter à la législation sanitaire internationale, notamment sur la question du pèlerinage à La Mecque, c'est finalement le Comité provisoire d'Hygiène de la SDN, dans le cadre de sa collaboration avec l'OIHP, qui diligente au printemps 1922 une mission d'enquête en Égypte, en Turquie et au Levant. La France, qui se considère comme l'initiatrice de l'OIHP, dont le siège est à Paris, se montre très réticente face à l'intrusion de la SDN dans le champ sanitaire, qui vient concurrencer l'action jusque-là exclusive de l'OIHP. La création du Comité provisoire d'hygiène de la SDN, qui donnera naissance à l'Organisation d'Hygiène, est perçue en outre comme une manœuvre britannique destinée à « saisir le prétexte de la santé publique pour contrôler les relations maritimes et commerciales internationales entre les différents pays et d'agir directement sur la situation économique du monde »²⁰. La concurrence entre les deux puissances européennes se prolonge dans le cadre de l'internationalisme. Soulignant la perte d'influence de la France dans le domaine de la santé publique internationale, la commission d'enquête compte au départ quatre membres de diverses nationalités européennes et un Américain, mais aucun Français. Un délégué français y est finalement adjoint au tout dernier moment. Froissé de ce que la mission a été confiée à une agence de la SDN et non à l'OIHP, le Haut-Commissariat reconnaît cependant que la France ne peut s'opposer à la venue d'une telle mission et accorde son autorisation pour une inspection des ports placés sous mandat, notamment celui de Beyrouth²¹.

Au terme d'un mois d'investigation dans la région, la commission remet un rapport général sur les enquêtes effectuées ainsi qu'un projet de modification à apporter à la

convention de 1912. Malgré l'intensité des mouvements humains au Levant, liés d'une part aux pèlerinages, tant en Palestine que vers le Hedjaz, d'autre part aux mouvements de réfugiés, la commission ne juge pas nécessaire d'introduire, dans la nouvelle convention, des dispositions spéciales aux frontières terrestres et maritimes de Syrie et de Palestine. Le fait que la gestion des problèmes sanitaires dans ces pays soit désormais confiée à des puissances européennes apparaît comme une garantie suffisante. Un service d'hygiène publique bien organisé, que la commission juge en cours de réalisation dans les deux territoires mandataires, doit suffire à garantir le contrôle sanitaire sur la circulation des personnes. La commission déplore cependant la duplication des mesures quaranténaires imposées aux navires dans chaque port, entraînant des retards pénalisants pour la navigation commerciale. Lors de son trajet par bateau de Beyrouth à Istanbul, la commission a fait escale dans neuf ports tenus par différentes autorités, et chaque fois elle a dû subir une visite sanitaire ne tenant aucun compte des mesures réalisées aux étapes précédentes. Dans le cadre du redéploiement territorial des mandats, chaque nation tend à un réflexe de souveraineté sanitaire. En outre, « l'accroissement du nombre d'administrations indépendantes, qui a suivi la guerre, a amené la création de nombreuses taxes sanitaires dans les ports qui appartenaient auparavant à l'Empire ottoman, tandis que, jadis, une seule taxe sanitaire, acquittée une fois pour toutes, s'appliquait à tous les ports qui étaient alors situés en territoire turc »²². La commission en appelle à une meilleure coordination entre les puissances maritimes, et à l'établissement d'accords sur l'unification des taxes, des règlements et des mesures quaranténaires. Elle suggère de confier cette coordination à un service internationalisé, sur le modèle du Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Alexandrie (CSMQ). Mais la création d'une telle institution se voit suspendue jusqu'au règlement définitif de la paix avec la Turquie.

Sur la question du pèlerinage à La Mecque, principal motif de l'intérêt sanitaire international pour la région, la mission d'enquête réaffirme le principe du contrôle

systématique dans des lazarets situés en amont et en aval du Hedjaz. Elle revient par ailleurs sur le problème lié à la destruction du lazaret de Tébouk, sur la ligne de chemin de fer du Hedjaz, et son nécessaire remplacement par un autre établissement. Or là encore, le territoire sur lequel se déploie cette ligne est désormais partagé entre trois souverainetés, celle du chérif de La Mecque dans le Hedjaz, de la Grande-Bretagne en Transjordanie, et de la France en Syrie. La solution proposée est d'adopter un régime d'internationalisation pour ce nouveau lazaret, qui pourrait être fondé à Maan, en territoire britannique. En outre, afin d'assurer la coordination de l'ensemble du dispositif quarantenaire destiné aux pèlerins, partagé entre plusieurs autorités indépendantes, la mission d'enquête insiste sur la nécessité d'établir un comité de liaison du pèlerinage²³.

Les conclusions du rapport produit par la commission au terme de son voyage sont examinées par le Comité permanent de l'OIHP lors de sa session d'octobre 1922 et admises dans leur ensemble. Mais la réunion d'une conférence internationale, qui serait à même d'entériner le projet de modification de la convention de 1912, est finalement remise jusqu'au règlement définitif de la paix avec la Turquie. La conférence ne se réunit qu'en 1926. Le régime sanitaire aggravé qui pèse sur les pèlerins est maintenu dans la convention adoptée en 1926, bien qu'allégé sur certains points. Il conviendra dès lors d'en assurer l'organisation sur le terrain, tâche qui va revenir aux mandats, en relation étroites avec les institutions sanitaires internationales.

Face à la faiblesse du projet sanitaire mandataire, l'agenda international s'impose fortement et guide les priorités de l'action concrète, dans le sens de la recherche d'une unification des normes et mesures, à rebours de l'émiettement lié à l'imposition des mandats. Mais outre son rôle ancien dans la lutte coordonnée contre les maladies épidémiques, le dispositif de santé publique internationale ne cesse d'étendre le champ de son intervention et cherche de plus en plus à promouvoir une médecine sociale, suscitant une multiplicité de

demandes et visant une diversité d'objectifs. Face à ces multiples sollicitations, le mandat français en Syrie et au Liban, désargenté et engagé sur le front de la lutte contre la résistance syrienne, est amené à faire des choix.

III- Les réponses françaises aux demandes de l'agenda international

1- Le paludisme

La nouvelle configuration de la santé publique internationale donne place à l'expression de multiples demandes émanant de la communauté internationale mais également de lobbies de défense de la santé ou de la moralité, demandes qui remontent vers la centralité internationale, notamment l'Organisation d'Hygiène de la SDN, et qui, de là, sont répercutées vers les États, et parmi eux les États mandataires, lesquels sont invités à répondre, en dressant, sur la base d'enquêtes et de statistiques, l'état de la situation sur leur territoire. Arrivent ainsi sur le bureau du Haut-Commissariat à Beyrouth des demandes d'enquête sur l'alcoolisme, la traite des femmes et des enfants, le trafic des stupéfiants ou encore la prostitution. La plupart du temps, les autorités mandataires françaises bottent en touche : la région n'est pas victime, selon elles, des « maladies sociales » qui intéressent tant la SDN²⁴. En revanche, la question du paludisme est un terrain sur lequel l'agenda international est en résonance avec celui du mandat. Les autorités mandataires sont sensibilisées au problème depuis l'arrivée des troupes françaises dans la région, où elles ont subi des attaques répétées de la maladie. De son côté, l'Organisation d'Hygiène de la SDN a inscrit la lutte contre la malaria au centre de ses préoccupations. La commission du paludisme, créé en 1924, est l'une des agences les plus actives de l'organisation. Prioritairement investie sur le terrain européen, elle s'intéresse également à la situation au Levant où elle envoie une mission d'enquête en 1925, dont les travaux sont brutalement interrompus par un grave accident de voiture.

L'intérêt du mandat pour le paludisme est réactivé en 1927 lors d'une flambée épidémique de la maladie dans le djebel druze, une région turbulente à la marge du territoire syrien. Lors de l'insurrection de 1925-1926, les réfugiés druzes en Transjordanie et en Palestine n'avaient trouvé pour abreuver et nourrir leurs troupeaux que des régions marécageuses proches du Jourdain où ils avaient contracté la malaria, qu'ils avaient ensuite ramenée, à leur retour, dans le djebel et dans la région du Hauran. En outre pendant les troubles, et faute d'entretien, des fissures étaient apparues dans les canalisations des nombreux moulins de la région, donnant naissance à des zones marécageuses et créant ainsi les conditions d'une endémisation de la maladie²⁵. Le Dr Duguet, Inspecteur général des services d'hygiène et d'assistance publique du Haut-Commissariat, est chargé d'organiser la lutte contre le fléau palustre dans une région qui se trouve, quelques années après l'établissement du mandat, totalement dépourvue de services de soins, ce qui apparaît révélateur de la faiblesse de l'emprise sanitaire mandataire dans les régions excentrées. Des travaux d'assainissement sont entrepris. Le service apporté aux malades se révèle cependant limité. En effet, placée sous régime militaire, la région ne peut recevoir de soins que des médecins militaires, en nombre dérisoire. Duguet établit un groupe sanitaire mobile, dirigé par un médecin major exclusivement affecté à ce service, destiné à aller au-devant des populations exposées. Les malades avérés sont seuls à bénéficier de traitements, Duguet ayant dû renoncer au traitement préventif par quinine, faute de moyens. L'année suivante, la flambée semble néanmoins maîtrisée. Malgré ses contraintes budgétaires, le mandat souhaiterait poursuivre une lutte efficace contre le paludisme, « au moins autant dans l'intérêt de la population civile que dans l'intérêt des troupes »²⁶. En 1930, un projet de collaboration s'esquisse avec la fondation Rockefeller, très impliquée dans la lutte contre le paludisme en Palestine, qui permettrait aux autorités sanitaires françaises de se décharger d'une part du coût

d'une telle lutte dans les territoires sous mandat, mais la fondation finit par décliner, arguant du fait qu'elle est déjà engagée sur de très nombreux terrains²⁷.

Duguet profite cependant de l'occasion de la lutte contre le paludisme, en 1927, pour organiser un dispositif sanitaire pérenne dans la région du djebel druze. Reprenant à son compte l'aphorisme de Lyautey, « un médecin vaut un bataillon », par lequel il entend légitimer son action, Duguet mise, pour amadouer cette « population à l'esprit critique particulièrement éveillé », sur un investissement auprès des enfants, « trait d'union malléable entre les habitants et leurs administrateurs et plus sensible(s) à nos idées modernes »²⁸. Il décrète une inspection trimestrielle des écoles, dûment inscrite dans une réglementation *ad hoc*, mais qui ne fut sans doute pas aussi systématique que le dispositif prévu sur le papier, faute de personnel. Six dispensaires, confiés à des infirmiers et des personnels de l'armée, sont également établis dans des villages du djebel. Comme dans le cas des Bédouins de l'Est syrien, si l'entreprise sanitaire revêt un caractère de séduction politique, voire une visée disciplinaire, les conditions réelles de son exercice, entravé par le manque d'argent et de personnel, ne permettent guère qu'un effleurement de la population.

2- Réagir dans l'urgence : la menace du choléra

La même année 1927, le choléra est en Mésopotamie. La protection du territoire contre la menace des maladies épidémiques étant confiée aux services centraux du Haut-Commissariat, c'est encore l'Inspecteur général Duguet qui est chargé de mettre en place un dispositif de défense et qui doit réinventer les modalités de la coordination avec les instances internationales et le voisin mandataire britannique. Auparavant, une telle crise épidémique dans la région était gérée par le Conseil sanitaire ottoman, depuis la centralité d'Istanbul.

Dès l'annonce des premiers cas de choléra à Bassora, signalés par le consul de France à Bagdad et par le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Alexandrie, en charge du

système d'alerte dans la région, Duguet établit deux principes absolus : la double injection de vaccin anticholérique obligatoire et la canalisation surveillée de tous les voyageurs entrant sur les territoires sous mandat français depuis l'Irak. Traditionnellement réticents à la vaccination dans leurs territoires coloniaux, les Britanniques protestent contre l'obligation d'une deuxième injection, qui doit se faire à six jours d'intervalle de la première, et qu'ils jugent dangereuse. Duguet parvient finalement à imposer cette double injection, à laquelle il adjoint ensuite un examen bactériologique des selles dans les stations sanitaires rapidement organisées sur les voies de passage, autorisées ou non. La canalisation des déplacements est en effet réalisée grâce à la fermeture de la frontière et à l'obligation de n'emprunter que trois voies de circulation autorisées²⁹. Les voyageurs se présentant aux points de passage interdits sont refoulés. La voie fluviale de l'Euphrate, considérée comme particulièrement dangereuse en raison du fait qu'elle est parcourue par des populations nomades en perpétuel déplacement, est étroitement surveillée. Une station quarantenaire est organisée à Abou Kemal, à la frontière irakienne, et toute navigation vers le nord, à partir de cette localité, est interdite. Les marchandises arrivant par bateau et susceptibles de transporter le vibron sont détruites par le feu. Les populations des districts de la région de l'Euphrate et celles des villages bordant la piste Euphrate-Damas sont systématiquement vaccinées « de façon à opposer à l'épidémie rôdant aux frontières une zone de population vaccinée et, partant, réfractaire à l'implantation de la maladie »³⁰. Afin de protéger de la même façon la ville de Damas, une proportion importante des habitants de l'oasis entourant la cité est également vaccinée. S'il est difficile de faire la part de ces mesures dans l'arrêt de la progression de la maladie, celle-ci, demeurée relativement peu virulente, se trouve finalement cantonnée à l'intérieur des frontières de l'Irak où elle commence à décroître à partir de janvier 1928. Le 2 février 1928, les mesures peuvent être levées et la libre circulation est rétablie entre l'Irak et la Syrie, sans qu'aucun cas de choléra n'ait franchi la frontière. Le Haut-Commissaire souligne auprès du ministère des

Affaires étrangères l'efficacité des mesures prises, lesquelles témoignent en outre « d'une collaboration sanitaire qu'il importe de poursuivre à l'avenir »³¹.

Un tel dispositif est néanmoins coûteux, et Duguet en appelle à l'effort des différents États sous mandat pour prévoir et organiser la lutte sur leurs territoires propres. Le principe établi au début du mandat spécifiait pourtant qu'il « n'y a(vait) pas lieu de laisser aux différents États la faculté de prendre les mesures propres à empêcher l'apparition des maladies épidémiques »³², cette tâche revenant à la puissance mandataire. Mais face à l'urgence, les États sous mandat sont pourtant invités à assurer eux-mêmes leur approvisionnement en sérums, vaccins et matériel nécessaire, les budgets de chaque État devant « satisfaire à ces besoins, au même titre que pour les autres charges relevant d'un État »³³. Les États sont en outre invités à constituer des commissions spéciales, comprenant les principales autorités administratives, médicales et militaires, et à dresser un plan détaillé de défense ainsi qu'à prévoir les moyens d'exécution nécessaires, toutes dispositions qui n'ont finalement pas été activées dans la mesure où la Syrie est demeurée indemne de choléra.

Si la coordination à l'échelle fine du territoire local n'a pas eu à s'imposer, elle était en revanche nécessaire à établir à l'échelle de la région, notamment avec les autorités mandataires britanniques. L'épisode n'a pas échappé au départ, comme souvent lorsqu'il s'agit d'épidémie, aux accusations de rétention d'information, mais la circulation de l'information s'est ensuite établie entre les autorités françaises et les autorités britanniques d'Irak et de Palestine d'une part, et le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Alexandrie (CSMQ), d'autre part. L'investissement mandataire dans la construction des voies de circulation terrestres, et la promotion définitive de la voiture et du camion, ont considérablement renforcé le rôle de l'axe Bagdad-Damas-Beyrouth, route terrestre des Indes qui draine tous les flux automobiles de Mésopotamie vers le port de Beyrouth. La crise sanitaire rappelle la nécessité de mesures coordonnées sur un axe qui implique plusieurs

souverainetés. Une réunion tenue à Bagdad le 6 octobre 1927, rassemblant les différentes autorités politiques et sanitaires de la région, s'applique à harmoniser les modalités de protection des États voisins de l'Irak et celle de la route terrestre des Indes, mais souligne également le rôle nouveau de cette route dans les flux du pèlerinage à La Mecque, renvoyant à la centralité de cette question dans le champ sanitaire. Pour Duguet, il est en effet nécessaire « que les services sanitaires des États traversés par les pèlerins venant de l'Inde, de Perse et d'Irak s'embarquer à Beyrouth, prissent en commun les mesures propres à préserver les territoires confiés à leur surveillance »³⁴. Après que la communauté internationale a travaillé à contrôler les voies maritimes puis ferroviaires du pèlerinage à La Mecque, les mandats se sont attachés à sécuriser les voies terrestres.

3- Les nouvelles modalités de la gestion du pèlerinage à La Mecque

La nouvelle convention sanitaire internationale adoptée en 1926, et largement basée sur les conclusions de la mission d'enquête au Proche-Orient du Comité provisoire d'Hygiène de la SDN en 1922, ne change rien fondamentalement dans l'organisation du contrôle sanitaire du pèlerinage à La Mecque. La halte dans les lazarets de la mer Rouge et la désinfection des hommes et des bagages demeurent de rigueur. La convention apporte cependant deux éléments connexes importants. D'abord, elle s'attache à améliorer et rationaliser le système d'alerte en cas d'apparition d'un cas avéré de maladie infectieuse en quelque point du monde que ce soit³⁵. L'OIHP est chargé de centraliser l'information. Le nouveau dispositif de notification immédiate impose d'établir des relais pour réduire les grandes distances d'un univers international porté désormais à ses limites extrêmes. Il existe déjà deux bureaux régionaux en Asie et en Amérique³⁶. Afin de drainer l'information sur l'état sanitaire des régions orientales de la Méditerranée, la communauté internationale promeut en 1928 le CSMQ d'Alexandrie au rang de Bureau régional pour le Proche-Orient.

Parmi ses attributions nouvelles, le CSMQ est désormais tenu de fournir au Comité permanent de l'OIHP un rapport annuel sur le pèlerinage à La Mecque, sur la base des informations remontées par les autorités des pays prenant part au voyage sacré musulman, la plupart sous contrôle colonial ou mandataire.

Cherchant à freiner plus encore le mouvement de dispersion de la gestion du pèlerinage à La Mecque, désormais distribuée entre plusieurs autorités, la convention reprend par ailleurs à son compte le vœu exprimé par la mission d'enquête au Proche-Orient de 1922 pour la création d'une commission de coordination du pèlerinage. Dans le cadre du partage des responsabilités entre l'OHSDN et l'OIHP, c'est au sein de ce dernier qu'est instituée cette commission en 1928, laquelle a vocation à harmoniser les dispositions prises dans l'organisation du pèlerinage. Dès le début de ses travaux, elle ne manque pas de souligner le danger nouveau des flux terrestres qui prennent précisément place sur les territoires sous mandat où convergent de nombreux pèlerins en transit, venant de Russie, de Turquie, d'Irak et de Perse. Si tel pays de la région est en mesure d'organiser sur ses routes, terrestres et maritimes, le contrôle de ses nationaux en partance pour le pèlerinage, rien n'est prévu pour les pèlerins venant d'autres pays, à des dates variables, et traversant celui-ci en transit pour s'embarquer ensuite vers les lieux saints. Les ports du Levant, et notamment Beyrouth, se trouvent ainsi régulièrement encombrés de pèlerins, souvent indigents, affluant des quatre coins de la région, en attente d'un embarquement. La commission en appelle à la réunion urgente d'une conférence locale visant à traiter ce problème et à discipliner ces flux nouveaux.

Sur l'invitation du gouvernement français, la conférence se tient à Beyrouth en janvier 1929 et réunit des représentants de l'Égypte, auxquels s'ajoute le président du CSMQ, des États sous mandat français, de l'Irak, de la Palestine et de la Transjordanie sous mandat britannique. Ses conclusions invitent les États de la région à « faire connaître, au Bureau

régional d’Alexandrie, deux mois avant la date du pèlerinage, le nombre approximatif des pèlerins avec, autant que possible, l’indication de l’itinéraire choisi par eux »³⁷. Pour les pèlerins concernés, les vaccinations antivariolique et anticholérique sont obligatoires, la vaccination antipesteuse n’étant que facultative. Chaque pèlerin doit être muni d’un carnet de pèlerinage, portant photographie ou au moins l’empreinte digitale, délivré sur présentation préalable d’un billet de voyage aller et retour. Les pays d’origine sont déclarés responsables de leurs pèlerins sur le territoire des pays de transit. Enfin, la conférence fixe un certain nombre d’itinéraires reconnus, que doivent emprunter les pèlerins en convois surveillés, reliant les pays d’origine au Hedjaz, via des villes et ports du Levant équipés d’infrastructures sanitaires, tout autre route leur étant formellement interdite. Désormais, tous les flux du pèlerinage à La Mecque sont étroitement contrôlés par la communauté internationale.

La conférence de Beyrouth inaugure l’ultime période au cours de laquelle le pèlerinage à La Mecque est géré internationalement. Les puissances mandataires, et notamment la France en charge du territoire syrien, principal axe de transit, sont désormais mobilisées pour jouer le rôle de courroies de transmission auprès des instances internationales, et elles sont sommées d’harmoniser les mesures prises. Le régime sanitaire spécial des pèlerins, qui s’est ainsi perpétué pendant le temps des mandats, figure encore en annexe du Règlement sanitaire international adopté par l’OMS en 1951, version révisée de la synthèse des conventions sanitaires internationales antérieures. Ce n’est qu’en 1957, au terme de trente années d’insistantes revendications auprès de la communauté internationale, appuyée par une politique sanitaire active et efficace sur le terrain, que l’Arabie Saoudite obtient l’entière responsabilité de la gestion sanitaire du pèlerinage à La Mecque.

Contrairement aux effets d'annonce lancés lors de la mise en place des mandats, la promotion de la santé publique ne semble pas avoir été une priorité du mandat français en Syrie et au Liban. En l'absence d'ambition réelle, et de moyens octroyés, la politique du mandat a surtout consisté à s'appuyer sur le réseau des structures religieuses et missionnaires antérieures, auquel elle s'est contentée d'ajouter quelques structures nouvelles, notamment des dispensaires. Ses efforts, sporadiques et privilégiant une visée de séduction des populations rebelles, n'ont jamais abouti à un projet social et sanitaire d'envergure. Pour autant, les populations ne se sont pas trouvées dépourvues de tout secours et les œuvres privées et missionnaires, notamment, ont continué à jouer leur rôle traditionnel de prise en charge sanitaire, avec le soutien du Haut-Commissariat. Mais les nationalistes syriens, une fois l'indépendance acquise, ont pu fustiger le peu d'empressement du mandat à assumer sa vocation sanitaire, tout comme les Français avaient critiqué la négligence ottomane en matière de santé lors de leur installation dans la région. C'est d'ailleurs aussi pour souligner son volontarisme dans ce domaine, en rupture avec l'apathie mandataire, que la Syrie indépendante s'est aussitôt attachée à fonder un système de santé publique à vocation sociale³⁸.

Finalement, le choix des priorités, autant que des sources fragmentaires peuvent le révéler, souligne, d'une part, la permanence de l'idéologie d'une médecine coloniale, considérée d'abord comme support à un contrôle des populations et visant prioritairement à assurer les mesures d'hygiène élémentaires, et d'autre part une articulation nouvelle, dont les modalités de fonctionnement sont alors à inventer, avec les institutions sanitaires internationales désormais en place. Celles-ci, après avoir déploré l'émiettement des politiques sanitaires dû à l'établissement des mandats, s'appuient finalement sur eux pour reconstruire une cohérence dans la lutte contre les maladies infectieuses et épidémiques dans le bassin oriental de la Méditerranée, notamment à travers le contrôle du pèlerinage à La Mecque, qui

demeure l'une de ses priorités. Au cours de la période mandataire, les autorités françaises, faute d'avoir su promouvoir une médecine sociale, ont perpétué la tradition d'une santé publique sécuritaire dans la région.

¹ L'histoire de la santé publique internationale est déjà largement balisée. Voir notamment : Norman Howard-Jones, *Les bases scientifiques des conférences sanitaires internationales (1851-1938)*, Genève, OMS, 1975 ; Richard N. Cooper, « International Cooperation in Public Health as a Prologue to Macroeconomic Cooperation », in *Can Nations Agree ? Issues in International Economic Cooperation*, R.N. Cooper *et alii* ed., Washington : The Brookings Institution, 1989, p. 178-254 ; Valesca Huber, « The Unification of the Globe by Disease ? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894 », *The Historical Journal*, Vol. 49, n° 2, 2006, p. 453-476 ; Mark Harrison, « Disease, Diplomacy and International Commerce : the Origins of International Sanitary Regulation in the Nineteenth Century », *Journal of Global History*, Vol. 1, 2006, p. 197-217 ; W. F. Bynum, « Policing Hearts of Darkness : Aspects of the International Sanitary Conferences », *History and Philosophy of the Life Sciences*, 15 (1993), p. 421-434 ; A.T. Price-Smith ed., *Plagues and Politics. Infectious Disease and International Policy*, New York : Palgrave, 2001 et A. Bashford ed. *Medicine at the Border. Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, New York : Palgrave, 2006.

² Sur ces deux institutions, voir Chantal Verdeil, « Naissance d'une nouvelle élite ottomane. Formation et trajectoires des médecins diplômés de Beyrouth à la fin du XIX^e siècle », *REMMM* n° 121-122, avril 2008, p. 217-237.

³ En 1903 s'ajoute un autre établissement ottoman de formation médicale, l'École de médecine de Damas.

⁴ Voir Daniel Panzac, *La peste dans l'Empire ottoman, 1700-1850*, Louvain, Éditions Peeters, 1985.

⁵ Pour une histoire de l'OIHP, voir Abt Dr G., *Vingt-cinq ans d'activité de l'Office international d'Hygiène publique, 1909-1933*, Paris, OIHP, 1933.

⁶ Pour une histoire de l'OHSDN voir Dubin M.D., « The League of Nations Health Organisation », in Paul Weindling, *International Health Organisations and their work, 1918-1939*, Cambridge UP, 1995 ; SDN, *L'Organisation d'Hygiène*, Genève, 1931 et OMS, *The first ten years of the World Health Organization*, OMS, Genève, 1958.

⁷ Médecin Inspecteur Emily, *Rapport sur l'organisation et le fonctionnement des services de l'hygiène et de l'assistance publique en Syrie*, 9 juillet 1921, Archives du Ministère des Affaires étrangères, Correspondance politique et commerciale, Série « E » Levant, sous-série Syrie-Liban, La Courneuve, carton 108.

⁸ Murad L. et Zylbermann P., *L'hygiène dans la République*, Paris, Fayard, 1996. Ce système centralisé est aussi en rupture avec celui qui prévalait à la fin de l'Empire ottoman où ce sont les municipalités qui sont compétentes en matière de santé et d'hygiène publique.

⁹ *Rapport sur l'organisation et le fonctionnement des services de l'hygiène...*, *op. cit.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Robert Blecher, « Desert medicine, ethnography and the colonial encounter in Mandatory Syria » in *The British and French Mandates in Comparative perspective*, N. Méouchy et P. Slugett ed., Brill, 2003, p. 249-267.

¹² Médecin Inspecteur Emily, *Rapport sur l'organisation et le fonctionnement des services de l'hygiène et de l'assistance publique en Syrie*, 9 juillet 1921, Archives du MAE, Correspondance politique et commerciale, Série « E » Levant, sous-série Syrie-Liban, La Courneuve, carton 108.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Demande émanant du Dr Péan, professeur à la faculté de médecine de Beyrouth, Archives du MAE, La Courneuve, carton 383.

¹⁵ MAE, Service français de la SDN, note pour la direction d'Afrique-Levant, 1^{er} avril 1930, Archives MAE, Correspondance politique et commerciale, Série « E » Levant, sous-série Syrie-Liban, La Courneuve, Carton 603.

¹⁶ Haut-Commissariat au ministre des Affaires étrangères, 30 avril 1930, Archives MAE, Correspondance politique et commerciale, Série « E » Levant, sous-série Syrie-Liban, La Courneuve, carton 603.

¹⁷ Cf. le papier de G. Lachenal sur la Cameroun.

¹⁸ Elizabeth Thompson, *Colonial citizens : republican rights, paternal privilege, and gender in French Syria and Lebanon*, New York : Colombia University Press, 2000.

¹⁹ Durant les hostilités, et jusqu'au Traité de San Remo, le Conseil sanitaire ottoman est remplacé par un Conseil sanitaire interallié qui gère prioritairement la protection sanitaire des Détroits.

²⁰ Note de Maurice Herbette au Président du Conseil, MAE, 7 février 1922. Centre des Archives de Nantes (CADN), fonds des Unions internationales, carton 625.

²¹ Service français de la SDN, note au Président du Conseil, 2 février 1922. CADN, fonds des Unions internationales, carton 636.

²² *Rapport de la commission chargée de procéder à une enquête sur les dispositions internationales relatives à la prévention des maladies épidémiques dans certaines régions du Proche-Orient et à propos du pèlerinage à La Mecque*, annexe au procès-verbal de la 5^{ème} session du Comité permanent de l'OIHP, 5 mai 1922.

²³ *Ibid.*

²⁴ Haut-Commissariat à MAE, 6 novembre 1927, Archives du MAE, Correspondance politique et commerciale, Série « E » Levant, sous-série Syrie-Liban La Courneuve, carton 382.

²⁵ *Rapport du médecin général Duguet, Inspecteur général des services d'hygiène du Haut-Commissariat au sujet de l'organisation sanitaire du Djebel druze*, 15 mars 1928, Archives du MAE, Correspondance politique et commerciale, Série « E » Levant, sous-série Syrie-Liban, La Courneuve, carton 382.

²⁶ Dépêche du ministère de la Guerre à MAE, 7 mars 1928, La Courneuve, carton 382.

²⁷ Rockefeller Foundation, International Health Division, à Consulat général de France à New York, 21 décembre 1930, La Courneuve, carton 603.

²⁸ *Rapport du Dr Duguet sur l'organisation sanitaire du Djebel druze, op. cit.*

²⁹ La route directe Bagdad-Damas et les routes Bagdad-Alep et Mossoul-Alep via Deir ez-Zor.

³⁰ *La défense des territoires du Levant, placés sous mandat français, contre l'épidémie de choléra ayant sévi en Irak (juillet-décembre 1927)*. Exposé des faits et mesures prises par MM. Duguet, médecin général, Causeret, médecin Lieutenant colonel, Escalier, médecin Capitaine, p. 141.

³¹ Télégramme du Haut-Commissaire Pinsot à MAE, Beyrouth, 21 oct 1927, Archives du MAE, La Courneuve, carton 382.

³² Présidence du Conseil/MAE à Haut-Commissariat, 23 décembre 1922, La Courneuve, carton 382.

³³ *La défense des territoires du Levant, op. cit.*, p. 135-136.

³⁴ *Ibid.* p. 136.

³⁵ Le typhus exanthématique et la variole ont été rajoutés au choléra et à la peste sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

³⁶ Le Bureau sanitaire Panaméricain de Washington, créé en 1902, et le Bureau régional de Singapour, établi en 1925.

³⁷ Procès-verbaux de la Conférence tenue à Beyrouth les 17 et 18 janvier 1929, CADN, fonds des Unions internationales, carton 636.

³⁸ Sur l'activisme sanitaire syrien au début de l'indépendance, voir les Archives nationales syriennes, ministère de la Santé, carton n° 1 (1928-1958), Damas.

Mots clefs : santé publique internationale, pèlerinage à La Mecque, Syrie, Liban.